

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO**

<u>NOME DO CORRENTISTA (BENEFICIÁRIO TITULAR)</u>		<u>MATRÍCULA</u>
<u>BANCO</u> Banco do Brasil	<u>AGÊNCIA</u>	<u>CONTA</u>

**RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA**

NOME	NÚMERO DA CARTEIRINHA

Ao optar pela forma de pagamento em débito automático é necessário autorizar o débito no Banco do Brasil, em qualquer canal de atendimento (Internet Banking, Caixa Eletrônico, Central de Atendimento). O débito será efetuado **somente após a primeira autorização do titular da conta**. Os demais débitos serão realizados normalmente, na data de vencimento, sem a necessidade de repetir o procedimento de autorização.

A conta para débito automático deve ser do titular do plano Metrus Saúde.

**Autorizo** o Metrus - Instituto de Seguridade Social a debitar, em minha conta do Banco do Brasil, os valores referentes às mensalidades e utilizações do plano Metrus Saúde. Comprometo-me, ainda, a manter saldo suficiente em conta para desconto automático das despesas citadas.

O Banco do Brasil S.A. fica isento de quaisquer responsabilidades, caso algum pagamento não seja efetuado por minha determinação ou por insuficiência de saldo. No entanto, se o Banco, a seu critério, resolver quitar os débitos na data de vencimento, declaro-me de acordo com os encargos que venham a ser cobrados.

---

**LOCAL E DATA**

---

**ASSINATURA****ATENÇÃO**

É obrigatório apresentar comprovante dos dados bancários (cartão, folha de cheque ou contrato de abertura de conta).